

بسمه تعالی

فرم تعهد شماره ۱

اینجانب فرزند به شماره
شناسنامه صادره از شماره ملی
..... ساکن (نشانی کامل)
سال تحصیلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
پذیرفته شده ام. متعهد می‌شوم که در سایر مؤسسات آموزشی (وابسته و
غیروابسته به وزارت بهداشت) در مقاطع کارشناسی ارشد یا بالاتر ثبت
نام نکرده ام و اشتغال به تحصیل نیز ندارم و در صورتی که خلاف آن
ثابت شود قبولی اینجانب کان لم یکن تلقی می‌شود.

نام و نام خانوادگی

امضاء

تاریخ